TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Graves accidents provoqués par l'iodure de potassium dans les manifestations oculaires de la syphilis.

(*Communication* faite à la Société de Dermatologie et syphiligraphie. Séance du 6 nov. 1902.)

Par le Docteur Ch. Abadie.

D'ordinaire, les manifestations oculaires précoces de la syphilis, iritis, irido-choroïdite à forme exsudative, cèdent assez facilement au traitement mercuriel quel qu'il soit, frictions, injections sous-cutanées ou intra-veineuses, à la condition toutefois que ces médications soient instituées de bonne heure et soient aussi suffisamment intensives.

J'ai eu occasion dans le cours de l'année courante d'observer quatre cas de syphilis oculaire qui, contrairement à cette règle, ont été remarquables, d'abord par la forme anatomique des lésions et aussi par leur gravité spéciale. Il m'a paru que cette modalité et cette gravité spéciale de ces manifestations, avaient été provoquées par l'influence nocive de l'iodure de potassium.

Le premier cas se rapporte à un jeune homme de 25 ans qui contracta la syphilis il y a deux ans. Huit mois après l'apparition d'un chancre induré à la verge, il fut pris de troubles visuels d'abord à gauche, puis bientôt à droite. Un chirurgien oculiste appelé à ce moment lui fit, une fois par semaine, une injection sous-cutanée de calomel et prescrivit en même temps de l'iodure de potassium. La situation s'aggravant au lieu de s'améliorer, on augmenta progressivement la dose d'iodure jusqu'à dix grammes par jour. Cependant, malgré tout, l'état des yeux empirait. Le gauche devenait douloureux, un glaucome se déclarait qui nécessitait une iridectomie d'urgence. Cette intervention n'amena aucune amélioration. Des hémorrhagies profuses envahirent le corps vitré et la vision ne tarda pas à être complètement abolie.

L'œil droit se prit à son tour, et bientôt le malade ne fut plus en état de se conduire. C'est dans ces conditions qu'il me fut envoyé par son médecin habituel qui, voyant tous ses efforts inutiles, commençait à craindre une catastrophe.

A mon premier examen, je constatai que l'œil gauche était encore tendu, douloureux ; un vaste épanchement de sang occupait la chambre antérieure et rendait toute exploration de milieux impossible. De ce côté il n'y avait plus trace de perception lumineuse. A droite, la pupille était largement dilatée et l'examen ophtalmoscopique révélait des hémorrhagies profuses dans le corps vitré masquant la papille et les membranes profondes. Le malade n'y voyait plus à se conduire seul, il comptait à peine les doigts à deux ou trois mètres de distance.

Je n'avais pas souvenir dans ma carrière d'avoir observé chez un jeune sujet des accidents aussi graves et aussi précoces. Ce n'était pas l'iritis ou l'irido-choroïdite vulgaire avec infiltration de l'iris, exsudats pupillaires, trouble du corps vitré ; mais bien des hémorrhagies abondantes, avec élévation de tension à gauche simulant le glaucome hémorrhagique.

A droite, des hémorrhagies profuses aussi, envahissant le corps vitré et menaçant de désorganiser complètement cet œil de même façon que l'autre.

Pensant que l'iodure de potassium à haute dose était peut-être pour beaucoup dans l'apparition de cette forme tout à fait insolite de syphilis oculaire, je le supprimai et remplaçai les injections de calomel par des injections intra-veineuses d'un centigramme de cyanure d'hydrargyre tous les deux jours. La gravité croissante des accidents cessa aussitôt.

Deux mois après, la résorption des hémorrhagies intra-oculaires devenait manifeste et la vision de l'œil droit commençait à s'améliorer.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasme de l'accommodation, tic de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

parce que s'il n'arrive pas jusqu'à la papille, le liquide n'a pas de chances d'être résorbé, n'étant pas en contact avec les seules bouches d'absorption possible, pour lui : les espaces lymphatiques de la région péripapillaire.

M. de Wecker (1) prend à partie M. L. Dor au sujet de la technique de l'injection, qu'il prétend faire sous-ténonienne et non sous-conjonctivale. La subdivision entre injections sous-conjonctivales et injections intra-capsulaires, dit-il, est plus ou moins factice. Les injections dites sous-conjonctivales sont en réalité sous-ténoniennes, mais il est impossible qu'elles restent complètement sous-ténoniennes attendu que l'espace sous-ténonien est un espace incomplètement fermé.

Il semble que vraiment cette discussion ait bien peu d'importance et ne méritait pas la polémique un peu vive de part et d'autre qu'elle a soulevée.

Il est de fait, pour notre compte, malgré que nous appelions ces injections *sous-conjonctivales*, quand avec la pince nous soulevons un gros pli des *enveloppes oculaires mobiles*, nous sommes loin de croire que, faisant l'injection à la base de ce pli, nous allons lancer le liquide uniquement sous la conjonctive. Quant au bourrelet de chémosis, il est fatal si la pointe de l'aiguille ne dépasse pas la limite du cul-de-sac conjonctival, mais s'il la dépasse, il y aura encore un bourrelet (comment en serait-il autrement?), mais nous ne le verrons pas parce qu'il sera sur la partie du globe qui nous est invisible, en arrière du cul-de-sac conjonctival. Nous ajouterons que, lorsqu'on dépasse cette limite, on n'est pas bien sûr de ne pas faire l'injection dans le tissu orbitaire. En réalité, les injections dites sous-conjonctivales sont donc presque toujours sous-ténoniennes, au moins d'après notre façon personnelle de les pratiquer.

Quant au mécanisme intime de l'absorption du liquide, étant accepté le principe de l'osmose, il nous paraît pour le moment oiseux d'en discuter puisque nous manquons de données certaines.

Tout autre est l'importance de la composition du liquide à injecter, tant au point de vue de son efficacité que de la douleur qui résulte de l'injection.

Il semble établi que le résultat de ces injections est en raison directe de leur degré de concentration. Dans le cas de guérison que j'ai publié et montré à la Société d'ophtalmologie de Paris et où il avait été fait plusieurs injections de faible concentration sans résultat, j'ai obtenu la disparition complète et permanente du liquide avec une seule injection d'une solution saturée (je suis cette malade et je puis constater que le résultat s'est maintenu).

Mais il faut reconnaître que ces injections sont fort douloureuses. De même que le résultat, la douleur est en raison directe du degré de concentration. Cette douleur est tellement forte avec les solutions saturées qu'on serait tenté de la faire sous le sommeil anesthésique. Mais encore le but ne serait pas atteint parce que les douleurs se prolongent au-delà de la durée de la narcose.

L'adjonction de l'acoïne atténue sans doute la douleur, mais on a l'inconvénient d'un précipité qui peut laisser des doutes sur l'efficacité du liquide injecté.

Le moyen le plus simple d'atténuer les douleurs m'a paru, jusqu'à l'heure, d'ajouter, comme l'a conseillé M. Bourgeois (1) quelques gouttes d'une solution de cocaïne au liquide à injecter. Mais encore la cocaïne ne suffit-elle que pour des concentrations faibles ; elle ne fait que diminuer la douleur, qui reste encore très vive, pour les solutions saturées.

Aussi suivrons-nous avec intérêt M. de Wecker dans ses recherches pour obtenir un maximum de concentration avec un minimum de douleur.

« Heureusement, dit M. de Wecker (2), lorsque l'on pratique ces injections *aseptiquement*, la réaction est nulle et la douleur se dissipe d'ordinaire en peu de temps. J'ai donc cherché à parer à cette excessive sensibilité, qui ne permet pas de dépasser la concentration de 10 0/0 en substituant au chlorure de sodium le sulfate de soude, ou en ajoutant de la gélatine qui rend les injections absolument indolores, mais alors on ne peut malheureusement pas dépasser la proportion de 25 à 30 0/0 ».

Nous ne comprenons pas pourquoi M. de Wecker fait intervenir *l'asepsie* pour atténuer la douleur. Il est convenu que toutes nos in-

(1) *Annales d'Oculistique*, juin 1902, p. 470.

(1) Traitement du décollement de la rétine par les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium. (*La Clinique opht.* n° 16, 1901.)

(2) La guérison du décollement de la rétine par les injections sous-conjonctivales et fibro-capsulaires de sel. (*Ann. d'Ocul.*, août 1902.)

jections doivent être aseptiques, mais si nous devons attendre de ces précautions l'absence de réactions inflammatoires, s'ensuit-il que nous n'aurons pas de réactions douloureuses ?

« Une solution, ajoute M. de Wecker, permettant une concentration de 10, 20 et 30 0/0 sans donner lieu à des douleurs vives et ne provoquant même, chez certains malades, aucune sensation pénible, est celle que l'on obtient en prenant pour véhicule la partie liquide du corps vitré des animaux. » Ce liquide que l'on charge de 10 à 20 0/0 de sel est introduit dans des ampoules débitées sous le nom de *chlorovitréine* en mentionnant le degré de concentration. D'après l'auteur, il n'y a pas de comparaison à établir entre la sensibilité provoquée par de simples solutions aqueuses de sel et celles obtenues avec le liquide du corps vitré. A priori, il semble difficile d'admettre que l'injection avec ce liquide, qui n'a rien d'anesthésique, puisse être moins douloureuse que celle qui est faite avec l'eau simplement. Quoi qu'il en soit, ces recherches sont intéressantes à suivre et à contrôler car, ainsi que le dit M. de Wecker, dans le décollement rétinien, les injections salées paraissent encore fournir le maximum de guérisons que l'on ait obtenu jusqu'à présent.

Un nouveau cas de guérison de décollement de la rétine par les injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium vient d'être publié par M. Thilliez (1) : une femme myope de 10 dioptries avait un décollement depuis un mois. Voici l'observation :

Injection sous-conjonctivale d'une solution de chlorure de sodium 3/10, un cm³ avec III gouttes d'acoïne 1/100, le soir à 6 heures. Décubitus absolu.

Douleurs atroces pendant toute la nuit.

14 *mars*. — Voit les doigts à 0,20 dans tout le champ visuel ; nouvelle injection de un centimètre cube.

17 *mars*. — Voit beaucoup mieux, compte les doigts à 0,50, ne peut les distinguer plus loin à cause de sa myopie, reconnaît parfaitement de près les traits du médecin. Nouvelle injection de un centim. cube.

21 *mars*. — Lit de près à 0,17 le n° 3 de Wecker. Application de pointes de feu sclérotiales profondes dans toute la région du décollement. Se lèvera demain.

24 *mars*. — Est restée levée depuis le 22, avec seulement une heure de décubitus à midi. Part en lisant tous les caractères très fins des annonces d'un journal.

8 *avril*. — La malade est revue. Elle lit le n° 2 de Wecker. A l'ophtalmoscope, on ne trouve plus trace de décollement.

30 *avril*. — L'état est excellent. La malade a repris toutes ses occupations.

16 *mai*. — La guérison se maintient, lit le N° 1 de Wecker. A l'ophtalmoscope, le fond de l'œil est normal.

3 *juin*. — La guérison persiste.

Cette observation est remarquable par la rapidité de la guérison : Le 14 mars, trois jours après une première injection faite le 11 mars, la perception visuelle est revenue dans tout le champ visuel. Enfin, après trois injections, le 21 mars, le décollement peut être considéré comme guéri.

M. Thilliez, tout en reconnaissant que mon travail sur les lois de l'isotonie et de l'osmose appliquées au traitement du décollement de la rétine avait donné une base sérieuse et raisonnée à ce traitement, n'est pas d'accord avec moi sur deux points :

Il croit inutile de faire une ponction sclérotiale pour évacuer le liquide puisque j'admets, dit-il, que les phénomènes d'osmose sont suffisants pour le faire résorber. Je les crois en effet suffisants, mais j'ai remarqué que, sans ponction, il fallait souvent plusieurs injections pour faire évacuer le liquide, tandis que, dans deux cas, la ponction suivie d'une seule injection a suffi pour tarir le liquide sous rétinien.

Il n'est pas non plus d'accord avec moi au point de vue du pronostic quand je dis : « Quant à la lésion de l'œil qui a causé le décollement, on peut douter qu'aucun traitement puisse l'enrayer définitivement ». Je persiste à croire en effet que nous sommes impuissants de ce côté, mais que, cependant, l'épanchement n'étant qu'une des manifestations d'un état pathologique de l'œil encore mal connu, nous pouvons nous estimer heureux si nous sommes parvenus à lutter contre ce symptôme si néfaste par lui-même.

(1) Traitement du décollement de la rétine par les injections sous-conjonctivales d'une solution saturée de chlorure de sodium. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, n° 37, 1902.)

III

Remarques à propos de l'article du Dr A Terson sur les collyres huileux,

par le Dr Scrini.

Au sujet de l'histoire des collyres huileux à base d'alcaloïdes, nous avons écrit dans notre thèse inaugurale (Paris, 1898, p. 33-35) que c'est à des Anglais et à des Américains, à Lloyd Owen, de Birmingham, à Green, de St-Louis et à J. Andrews que revient la priorité d'avoir substitué le véhicule *huile* à l'eau pour les collyres d'atropine et de cocaine.

Dans un article paru dans ce journal le 25 août 1902, p. 241, le Dr A. Terson, contestant cette priorité s'exprime en ces termes . « *Quant à l'idée d'employer des collyres huileux, elle n'est pas due comme on l'a dit inexactement à l'initiative anglaise ou américaine..... Mais, il nous semble juste de signaler que c'est à Deval qu'en fait de collyre huileux, on doit le mot et la chose. Dans un travail datant de* 1850 *et dans son* Traité des maladies des yeux, *il insiste sur l'utilité du collyre huileux au sous-acétate de plomb, etc.*

Nous ne discuterons pas la question de savoir si le collyre huileux au sous-acétate de Deval est un *collyre* dans le langage actuellement admis. Nous ne discuterons pas davantage le mode d'emploi de l'auteur *de ce collyre*, mode d'emploi qu'on a peut-être *involontairement* omis de signaler et que l'on nous permettra de rappeler. « *Le malade, dit Deval, au moment du coucher, trempe dans ce liquide et applique sur les voiles palpébraux deux ou trois petites compresses de forme ovalaire et ayant les dimensions des paupières supérieure et inférieure réunies.* » Mais nous ferons observer qu'à ce titre les pommades qui s'appliquent *directement* dans le cul-de-sac conjonctival constitueraient autrement des collyres et que, dès la plus haute antiquité, l'huile entrait dans leur composition (Scrini, Thèse de Paris, 1898, p. 33). Pour ce qui est de l'idée d'employer l'huile comme véhicule des *collyres* ayant pour agent médicamenteux des sels de métaux, nous disons des sels de métaux connus du temps de Deval (zinc, cuivre, plomb, mercure,), « afin au dire d'A. Paré *que l'huile puisse adoucir la substance des choses que l'on mesle avec la dite huile* », il nous paraît fondé de déclarer qu'elle est inexactement attribuée à Deval par le Dr A. Terson, dont on connait cependant la compétence en Littérature ophtalmologique.

Deval a eu dans cette voie des devanciers. Pour ne citer que quelques-uns de ceux qui vivaient au XIXe, nous rappellerons que Marc-Antoine Petit se servait, contre les taies de la cornée, de l'huile de noix au tartre stibié. Dans un volume posthume bien connu, intitulé : « Collection d'observations cliniques » et qui date de 1815, le chirurgien de Lyon écrit « *Une once d'huile de noix dans laquelle on délaye un gros de tartre stibié et dont on fait couler quelques gouttes entre les paupières, forme un excellent topique contre les taches de la cornée* ». A une époque plus rapprochée de la nôtre (1845), mais antérieure à l'article de Deval (1850) et à son volume (1862), Brefeld a proposé d'appliquer sur les ulcérations de la cornée du sous-acétate de plomb incorporé dans l'huile avec un jaune d'œuf, ce qui rendait le topique plus homogène (*Journ. für Kinderkrankheiten* 1845). Faut-il ajouter que Scarpa (1) se servait « utilement d'un liniment composé avec 2 gros d'huile de noix demi-gros de fiel de bœuf et 2 grains de sel de corne de cerf (s.-carbonate d'ammoniaque) » pour démontrer que ce n'est pas à Deval que l'ophtalmologie doit les collyres huileux ayant pour principe actif des sels de métaux qui existaient néanmoins de son temps.

Nos travaux ont porté exclusivement sur les collyres huileux à base d'alcaloïdes : atropine homatropine, hyosciamine, duboisine, daturine, scopolamine, cocaïne, tropacocaïne, ésérine, pilocarpine, etc. et à certains principes tels que l'eucaïne B, l'holocaïne, l'orthoforme (2). Nous avons bien cherché, il y a quelques années, à étendre l'emploi de l'huile comme véhicule pour les sels de métaux (zinc, cuivre), mais sans succès. Ces sels y sont ou insolubles ou insuffisamment solubles. Même en nous adressant à leurs sels gras (oléates stéarattes) comme l'on fait dans la thérapeutique dermatologique Attfield (3) Radcliffe Crocker (4) et d'autres, nous n'avons pu obtenir de meilleurs résultats.

(1) Scarpa. — *Traité des maladies des yeux*, 1821, t. I, p. 236-237.

(2) Scrini. — Th. de Paris, 1898 et *Arch. d'oph.*, 1898, p. 602 1899 p. 21 ; 1900, p. 103.

(3) Attefield. — *Pharmaceutical Journal*, 1862-63 vol, IV, p. 308

(4) Radclife Crocker. — *The British Médical Journal*. 1878, p. 623

D'ailleurs, par nos recherches cliniques et de laboratoire, qui n'ont pas duré moins de trois années, nous avons établi des faits importants qu'il nous sera permis de rappeler brièvement.

Nous avons signalé l'insuffisance de solubilité dans l'huile des sels des alcaloïdes usités en ophthalmologie et cités plus haut et la parfaite solubilité des bases dans des proportions variables suivant l'agent, à l'exception d'une seule, la scopolamine, qui est insoluble en raison de sa propriété hygroscopique. Pour cette dernière, nous avons dit que nous avons obtenu un collyre huileux en tous points satisfaisant avec le bromhydrate de scopolamine en prenant l'alcool comme intermède.

Faut-il rappeler que nous avons démontré l'inaltérabilité remarquable et la stérilité absolue indéfinie pour toutes les espèces de microbes et de champignons des collyres huileux préparés, comme nous l'avons indiqué, et cela, même lorsqu'ils sont exposés à l'air, aux poussières et à la lumière. L'huile constitue donc un agent aseptisant de premier ordre et l'on sait que les anciens s'en servaient empiriquement et que, plus près de nous, le Professeur v. Ammon, cité par Carron du Villars, dans son traité p 537, Jæger (1) et d'autres l'employaient comme étant le meilleur topique contre certaines ophthalmies et les brûlures de la cornée par des caustiques tels que la chaux et le sublimé.

On conviendra, d'autre part, que la démonstration clinique de la tolérance remarquable de l'œil pour le collyre huileux à l'ésérine à 1 % même employé pendant de longs mois, est appelée à rendre de signalés services dans le traitement médical du glaucome quelle qu'en soit la variété. Aussi, se trouve-t-elle justifiée, l'opinion de notre Maître, le Professeur Panas (*Arch. d'Opht.* 1902, p 70), qu'il y a lieu, pour juger les services qu'on peut tirer désormais de l'incomparable collyre huileux d'ésérine, d'opposer de nouvelles statistiques à celles qui ont été faites avec le collyre aqueux.

Il n'est pas non plus indifférent de savoir que le collyre huileux de cocaïne met l'épithélium de la cornée à l'abri de toute destruction, rendant par là possible son emploi dans les cas d'ophthalmie se compliquant habituellement d'ulcère infectieux (les blennorrhagies oculaires de toutes sortes), ce qu'on n'osait faire jusqu'ici. Respecter l'intégrité de cet épithélium pour l'opération de la cataracte, est également important ; aussi, l'emploi du collyre huileux est-il utile et sans aucun des inconvénients qu'on se plaît à lui attribuer gratuitement. Si l'on a soin, après l'instillation du collyre huileux anesthésique de faire sur l'œil et les paupières un bon lavage, il n'y a ni émulsion, ni trouble de la cornée, etc., pouvant gêner l'opérateur. Ce fait évident est facile à vérifier en assistant une fois aux opérations dans les services où l'on se sert couramment de la cocaïne huileuse comme anesthésique local.

Nous ne sommes pas moins heureux de voir proclamer par un clinicien compétent et qui ne se laisse pas aller facilement à l'enthousiasme, la supériorité incontestable du collyre huileux d'ésérine à haute dose. Et nous espérons qu'à ceux de nos confrères qui s'en servent déjà s'ajouteront d'autres pour le plus grand bien des glaucomateux, sans oublier que c'est au Professeur Laqueur, de Strasbourg, que revient le mérite d'avoir introduit l'emploi de la physostigmie dans le traitement du glaucome.

(1) Jæger. — *Archives d'Ophtalmologie*, 1856, p 228.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Quinze années de pratique ophtalmologique,

par le Dr Gelpke (de Stuttgard)
(*Beitrage zur Augenheilkunde*, n° 52.)

« Quand un médecin, dans ses rapports avec ses clients, ne se contente pas de la prescription routinière de formules magistrales, mais qu'il s'évertue au contraire à perfectionner de plus en plus les moyens thérapeutiques, même dans les affections les plus banales et apparemment les plus connues, il lui faut savoir de temps à autre jeter un coup d'œil d'ensemble sur le chemin parcouru. » C'est ce que le Dr Gelpke a voulu faire en nous donnant le résultat de ses 15 premières années de pratique. Nous passerons sur les données statistiques et dirons seulement d'une manière générale que, Gelpke, suivant en cela les préceptes de Manz et Arlt, s'est toujours abstenu autant que possible dans ses interventions thérapeutiques, des médications irritantes énergiques (nitrate d'argent, sulfate de zinc, etc.), les rem-

plaçant tant qu'il pouvait par des compresses ou des collyres émollients ou légèrement astringents (cocaïne, acide borique, protargolage des paupières).

L'abus de l'atropine est mis à l'index par G. depuis 1888.

Dans le traitement du *symblépharon*, quand des sutures simples ou doubles n'étaient pas suffisantes, G. avait recours à la transplantation des lambeaux de muqueuse ou d'épiderme,

Dans la *conjonctivite contagieuse ou épidermique*, G. décrit un bacille qui ressemble à celui de la diphtérie et qu'il appelle *bactérium septatum* :

Il a étudié aussi cinq ou six cas de conjonctivite tuberculeuse avec excroissances et ulcérations du cartilage tarse, tuméfaction des ganglions préauriculaires. L'examen anatomique décelait la présence de cellules géantes et de bacilles de Koch.

La *conjonctivite purulente* a été soignée d'après les anciens préceptes : dans le premier stade : compresses glacées, dans le deuxième, nitrate d'argent. Les ulcérations cornéennes étaient soignées à l'eau chlorée, à l'ésérine ou à la glace, ou alors compresses chaudes, galvano-cautère, etc... En outre du gonocoque, G. a trouvé dans l'ophtalmie purulente des colibacilles, des pneumocoques, des bacilles pseudo-diphtéritiques.

La *kératite parenchymateuse* a été dans 92 0/0 des cas hérédo-spécifique; la forme sénile(?) est due à l'artério-sclérose ; elle est souvent mono-latérale et le traitement hydrargyrique ne la guérit pas, comme c'est le cas pour la forme hérédo-spécifique. L'iodure de sodium, la dionine et le massage sont les seuls moyens efficaces dans la forme sénile.

Dans 236 cas d'*iritis*, G. a observé 133 iritis plastiques, dont 81 syphilitiques, 103 iritis séreuses (52 syphilitiques).

Pour le traitement de l'iritis plastique, la dionine, au début, a été d'un grand secours; elle active la dilatation pupillaire et exerce une action analgésique vraiment spécifique dans l'iritis et la cyclite.

Dans l'iritis séreuse (le plus souvent de nature scrofuleuse ou tuberculeuse) c'est l'hygiène, le grand air, une nourriture riche qui sont les meilleures médications.

Dans les affections *choroïdiennes* et *rétiniennes*, nos moyens thérapeutiques sont actuellement plus puissants qu'autrefois, car en outre de la cure mercurielle générale qui donne des résultats même dans les cas ou il n'y a aucune trace de syphilis, nous avons à notre disposition les *injections sous-conjonctivales* dont l'action locale n'est plus à démontrer et qui, dans ces dernières années m'a donné des résultats des plus favorables en partie publiés par mon assistant le Dr Haitz dans les *Klin. Monastbl.*, XXXIX.

Les *opérations de cataracte* étaient faites dans les premières années par la méthode de Graëfe. L'extraction d'un lambeau capsulaire est très recommandée.

L'antisepsie a été remplacée par l'asepsie, pansement binoculaire aseptique repos au lit 3 jours, demi-obscurité seulement, diète réconfortante mais pas d'aliments durs, puis bandeau flottant et exeat au 10e jour. Le pansement à ciel ouvert est très bon chez les malades intelligents bien surveillés.

L'*extraction sans iridectomie* a été pratiquée 21 fois, mais G. y a renoncé à cause de 10 enclavements (!).

Les opérations secondaires doivent être pratiquées le plus tard possible soit par discision, soit par extraction. Les complications de ces interventions sont sérieuses (3 yeux perdus et 5 infections guéries).

Dans ces cas, il faut agir énergiquement : galvano-cautère, irrigation de la chambre antérieure et injections sous-conjonctivales de Cn Hg au 1/5000 2 fois par jour (!), Grâce à ce traitement, G. aurait obtenu souvent un arrêt du processus infectieux et même une guérison,

Le *glaucome* serait causé par une névrose sécrétoire survenant sur un terrain artério-scléreux. C'est pourquoi G. pratique moins souvent l'iridectomie qu'autrefois, l'ésérine et la pilocarpine avec ou même sans sclérotomie lui ayant donné d'aussi bons résultats.

Pour le *strabisme*, G. n'opère jamais avant 12 ans parce que bien des strabismes disparaissent spontanément avec l'âge. De 6 à 12 ans les verres peuvent aussi donner de très bons résultats. La ténotomie simple sur l'œil strabique puis sur l'autre œil si c'est nécessaire ; rarement. G. a recours à l'avancement musculaire. Le traitement consécutif par les verres correcteurs et le stéréoscope est de toute nécessité.

Un éclat de fer dans l'œil doit être extrait sans le moindre retard par l'*électro-aimant*.

Sur 59 cas, G. n'a eu que 3 insuccès. Après chaque extraction il recommande d'injecter un cc. de solution de Cn Hg. (quelle dilution ?) dans le corps vitré.

Pour les *affections lacrymales*, dans les rétrécissements simples, G. pratique l'incision du canalicule avec excision de la paroi postérieure. Dans la dacryo-cystite, il injecte du protargol (5 à 20 0[0.) En cas d'insuccès il faut alors avoir recours à l'excision du sac avec la simple anesthésie locale.

Le *décollement de la rétine* bénéficie rarement d'une manière durable de la ponction simple. Une injection de teinture d'iode dans le corps vitré a provoqué une thrombose veineuse suivie de mort. Le traitement de Deutchmann est d'une exécution très difficile aussi G. s'en tient-il actuellement aux injections sous-conjonctivales de Na. Cl. 2 à 10 0[0 avec compression et repos absolu.

A. D.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 4 novembre 1902.

(A propos du procès-verbal)

M. Antonelli. — J'aurais voulu, à propos de la communication de M. Kalt, indiquer une méthode clinique pour apprécier le degré de *perméabilité des voies lacrymales*, méthode dont je me sers couramment, dans les cas douteux, avant d'avoir recours à l'injection explorative.

J'instille près de l'angle lacrymal une goutte de la solution alcaline ordinaire de fluorescine tiède, non précédée par la cocaïnisation de l'œil, et j'invite le malade à rester tranquille, ce qui lui est facile, car la goutte du collyre ne provoque aucune sensation désagréable, donc pas de clignement. Au bout de 30 secondes ou d'une minute au plus, on dit au malade de se moucher ; si l'état de perméabilité des voies lacrymales est parfait, la coloration de la sécrétion nasale du côté exploré sera bien manifeste. Quand l'obstruction est plus ou moins prononcée, il faut attendre deux minutes, au moins, pour que l'expérience réussisse, mais toujours avec une coloration verdâtre plus ou moins pâle, de l'excrétion nasale. Cette méthode a l'avantage d'une extrême simplicité et d'éviter toute manœuvre pouvant alarmer un malade pusillanime. — Chez les enfants, même nouveau-nés, il est facile d'introduire dans la narine un petit flocon de coton, touchant à l'orifice inférieur du canal naso-lacrymal ; et c'est en le retirant teinté de fluorescine qu'on aura la preuve de la perméabilité des voies en question. — Je crois que, même pour des expériences physiologiques telles que M. Kalt en a poursuivies, les solutions colorées à la fluorescine permettraient un contrôle sûr et rapide.

M. A. Terson. — Il est remarquable que toutes les *dacryoadénites d'origine blennorrhagique* soient métastatiques et que les glandes ne soient pas infectées dans l'ophtalmie blennorrhagique, alors que le testicule est si souvent infecté dans l'uréthrite, J'ai cherché dans de nombreux cas d'ophtalmie gonococcique s'il y avait des dacryoadénites et je n'en ai pas rencontré jusqu'ici. On sait aussi que la dacryocystite ne se produit pas au cours de l'ophtalmie à gonocoques.

M. Chaillous. — **Gomme syphilitique de la conjonctive bulbaire.** (Présentation du malade).

Il s'agit d'un homme qui a contracté la syphilis il y a 12 ans et chez lequel s'est développé il y a 2 mois, au niveau de la partie inféro-interne du globe oculaire droit, une saillie rouge, irrégulièrement ovalaire, érodée à sa surface, faisant corps avec la conjonctive bulbaire et mobile avec elle. Cette tuméfaction, qui aurait pu en imposer pour le chancre initial, était accompagnée d'autres manifestations tertiaires et en particulier de gommes des sterno-mastoïdiens. Ces lésions sont aujourd'hui en voie de guérison à la suite de l'application du traitement mercuriel et ioduré.

M. Darier. — J'espérais vous présenter ce soir une gomme épisclérale grosse comme une petite noisette, survenue à la fin d'une syphilis papuleuse très intense. L'œil lui même était déjà atteint d'une iridochoroïdite des plus graves. Les pilules au protoïodure ne produisant d'autre effet qu'une stomatite, je soumis le malade à une cure d'injections intra-veineuses quotidiennes de CnHg. L'effet fut pour ainsi dire immédiat.

Les douleurs oculaires furent d'abord très vite calmées par la dionine, et la gomme fondit pour ainsi dire à vue d'œil. Elle se ramollit d'abord à son centre au point de devenir presque fluctuante ; puis elle se résorba pour ne laisser qu'une cicatrice noirâtre qui est tout ce qui en reste aujourd'hui. Quant à l'iritis, une fois les exsudats pupillaires résorbés on put voir le corps vitré rempli d'énormes flocons.

Je reconnais que mon diagnostic de gomme si précoce est discutable, mais, pour qui a vu le cas, aucun autre diagnostic n'est préférable.

M. A. Terson. — Le siège de la gomme est très rare dans le cas signalé par M. Chaillous, puisqu'elle est presque dans le cul-de-sac. Quant aux gommes sous-conjonctivales et épisclérales, elles s'observent de temps en temps. Dans le dernier cas que j'ai soigné, chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, rhumatisant et ayant eu la syphilis il y a quinze ans, la lésion fut pendant un mois identique à un bouton d'épisclérite. Elle s'ulcéra, malgré un traitement d'attente par le sirop de Gibert à haute dose, mais guérit vite par quelques injections bi-iodurées.

M. Antonelli. — Si les gommes épisclérales sont rares, les infiltrations gommeuses de la cornée sont encore plus rares. J'en ai vu pourtant un cas curieux, l'année dernière, chez une femme d'une cinquantaine d'années.

Elle présentait à l'œil droit, en haut et du côté nasal, moitié sur la partie périphérique de la cornée et moitié sur la région du limbe contiguë, une infiltration ayant le volume d'une grosse lentille, assez surélevée, assez richement vascularisée, non nettement ulcérée, accompagnée de réaction modérée de la conjonctive bulbaire adjacente et d'une iritis légère. Les commémoratifs de la malade, nullement rhumatisante, d'une santé parfaite et reconnaissant avoir contracté la syphilis une vingtaine d'années auparavant, en outre, l'examen du fond de l'œil, confirment le fait par des traces de choroïdite évidentes dans l'œil gauche, et enfin le mode d'évolution et les caractères mêmes de la lésion autorisaient au diagnostic d'infiltration spécifique tertiaire. Le succès rapide et complet d'un traitement mixte énergique m'en fournit la confirmation. — Le cas que M. Darier vient de relater, vu la période de la maladie constitutionnelle que son malade traversait, vu la concomitance d'éléments cutanés analogues, me semblerait avoir été, plutôt qu'une gomme, une syphilide papulleuse de l'épisclère et de la conjonctive bulbaire.

M. Wuillomenet met en doute le diagnostic de gomme de la cornée, fondé sur le seul fait de la guérison par le traitement spécifique. Nombreuses sont les affections oculaires non syphilitiques qui sont cependant rapidement améliorées par ce traitement.

M. Sulzer. — Etude expérimentale de la vision des astigmiques.

En ajoutant à l'objectif d'un appareil photographique, dont la distance focale principale est de 160 m/m., un cylindre de 0,75 dioptrie, on détermine une astigmie égale à une astigmie de l'œil humain de 5 dioptries En faisant coïncider avec la plaque sensible successivement la ligne focale postérieure, la section du conoïde de Sturm et la ligne focale antérieure, on obtient des clichés qui montrent pourquoi les astigmiques préfèrent accommoder pour une ligne focale, fût-ce la plus longue, plutôt que d'accommoder pour la section circulaire du conoïde de Sturm.

Des constructions géométriques, de la théorie de la vision de Sturm, il résulte que le trouble d'une image astigmique est proportionné au diamètre pupillaire. L'appareil photographique comme le montrent les clichés, peut servir à mettre en évidence et à mesurer l'influence du diamètre de la pupille, sur le trouble de l'image. Cette influence est très grande sur la netteté des images, très petite sur leur déformation.

M. Broca. — Dans l'œil humain, où la partie basale de la cornée a une puissance tout autre que la partie optique, les perturbations dues à la dilatation de la pupille sont encore plus considérables que ne l'indiquent les photographies présentées.

M. Terrien. — Essai sur le pronostic des troubles visuels d'origine électrique.

Dans les 45 cas observés, l'accident s'est produit dans des conditions sensiblement identiques. Il s'agit de courts circuits, c'est-à-dire de courants de haute tension qui éclatent accidentellement entre deux points, plus ou moins près de l'individu, sans que celui-ci soit réel-

lement traversé par le courant. De sorte que de l'éclatement seul résultent les troubles visuels que l'on peut constater. Leur intensité est très variable et on peut les ranger en trois catégories :

a) *Phénomènes inflammatoires.* — Ce sont les rougeurs et le gonflement de la peau, parfois des brûlures superficielles de la peau et des cils. L'hyperémie de la conjonctive ne manque jamais ; parfois il se développe une véritable conjonctivite avec sécrétion. L'injection du cercle ciliaire, due sans doute à l'hyperémie de l'iris, est fréquente. On observe en outre des modifications ophtalmoscopiques de la papille et de la rétine dans la région péri-papillaire. La rétine a perdu sa transparence et on constate la présence d'un léger nuage, qui gaze la papille et les gros vaisseaux ; — ces modifications de la papille sont presque la règle, mais elles n'impliquent pas nécessairement une diminution de l'acuité visuelle. Ils peuvent persister alors même que le champ visuel et l'acuité sont très améliorés.

b) *Troubles fonctionnels.* — Après l'éblouissement initial, apparaît l'érythropsie, qui dure quelques minutes ; puis la vision demeure troublée et l'examen révèle une diminution de l'acuité et du champ visuel. La diminution de l'acuité apparaît aussitôt après l'accident, puis elle remonte peu à peu et redevient normale après trois semaines à un mois en moyenne. Mais la guérison n'est pas constante. Dans 7 °/₀ des cas, la vision est restée nulle ou inférieure à 1/10. Le rétrécissement du champ visuel accompagne presque toujours la diminution de la vision centrale, il est le plus souvent concentrique. Mais il n'y a pas de rapport fixe entre le degré du rétrécissement et celui de l'affaiblissement de la vision centrale. L'acuité lumineuse est presque toujours diminuée et il n'est pas rare d'observer l'hémeralopie.

c) *Troubles nerveux.* — A part la photophobie, les picotements de la conjonctive, on observe peu après l'accident de la céphalée et des douleurs névralgiques, parfois très intenses, siégeant dans le globe oculaire et dans la région péri-orbitaire. Ces douleurs apparaissent sous forme de crises, par intermittence et sont généralement plus fortes pendant la nuit. Il existe aussi des douleurs à la pression au niveau de l'œil et aux points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires. L'hyperesthésie cutanée et conjonctivale a déjà été constatée par Maklakoff. Le blépharospame paraît être la conséquence de la photophobie ; les réflexes pupillaires sont en général bien conservés. Mais dans quelques cas la contraction pupillaire ne se maintient pas et la pupille se dilate de nouveau, alors même que l'œil reste éclairé. Cette sorte de réaction inverse paraît être d'un mauvais pronostic.

Pour évaluer la durée probable de l'affection, on se basera beaucoup plus sur la persistance des troubles fonctionnels que sur leur intensité. Une acuité et un champ visuels qui restent stationnaires, même s'ils sont voisins de la normale, comportent un mauvais pronostic.

Les douleurs très vives dès le début et persistantes ne s'observent que dans les cas graves. Les douleurs à la pression plus encore que les douleurs névralgiques sont d'un fâcheux pronostic.

M. Darier. — J'ai observé plusieurs cas de ce qu'on appelait jusqu'ici fort improprement *ophtalmie électrique*. Pour moi, il ne s'agit pas d'une action lumineuse intense et directe, qui produirait plutôt une amblyopie par scotome central. Il me paraît s'agir d'une action directe du courant provoquant en quelque sorte une *sidération*, une *électrocution rétinienne* qui est le plus souvent plus marquée du côté qui a été traversé le plus directement par les effluves électriques.

La violence du choc électrique peut être telle que le blessé est renversé, il y a parfois perte de connaissance. Le plus souvent il y a seulement un éblouissement intense et perte complète de la vision, on doit reconduire le blessé chez lui. Il ne peut ouvrir les yeux tant il redoute la moindre lumière.

Quand ces premiers phénomènes réactionnels se sont un peu calmés, les yeux entr'ouverts dans un demi-jour distinguent plus ou moins facilement les objets ; mais promptement la vue se trouble et les yeux se referment spasmodiquement. Il semble y avoir à la fois un éréthisme rétinien très marqué et un prompt épuisement de la fonction visuelle. Des douleurs névralgiques parfois très violentes sont accusées par presque tous les malades. La photophobie (surtout pour la lumière électrique) est souvent telle qu'un blépharospasme violent rend tout examen impossible. Les conjonctives sont rouges, l'œil très larmoyant, mais une vraie sécrétion catarrhale est rare, et

l'on peut facilement l'expliquer par le contact des mains sales ; il peut y avoir aussi conjonctivite traumatique chez les sujets prédisposés (lymphatiques, eczémateux, etc.).

Quant à l'examen fonctionnel, il est tout d'abord très difficile dans les cas un peu sérieux, le malade voit d'abord les premières lignes du tableau, puis tout se trouble devant lui ; il en est de même quand on veut prendre le champ visuel, qui est concentriquement rétréci : il y a une prompte fatigue rétinienne.

La réaction pupillaire m'a toujours paru normale. La pupille un peu dilatée.

Quant aux lésions ophtalmoscopiques, à part une rougeur assez marquée de la papille, je n'ai jamais vu ni infiltration ni hémorrhagies,

L'hystéro-traumatisme et la simulation viennent malheureusement le plus souvent compliquer les difficultés du diagnostic et du pronostic.

Comme traitement : grands bains, bromure, quinine à dose réfractée (0,10, 4 à 6 fois par jour), électrisations positives avec des courants très faibles.

M. Broca. — Le traumatisme lumineux doit être d'autant plus grand que la source a plus d'éclat, qu'elle a plus d'étendue, qu'elle agit plus longtemps et enfin qu'elle contient plus de rayons actiniques. Les arcs de 500 volts entre électrodes métalliques sont énormes et quand ils jaillissent à courte distance d'un œil, leur image couvre une grande surface rétinienne. Leur éclat est très grand, quoique moins grand que celui du soleil, et cependant leur étendue doit faire que le traumatisme rétinien est supérieur à celui qui est dû à la contemplation directe du soleil.

Pour ce qui concerne les expériences faites sur les chiens, il faut employer des arcs électriques très actiniques ; par exemple au fer ou à l'aluminium, et y dépenser une grande puissance électrique si on veut obtenir des résultats un peu notables.

M. Dupuy-Dutemps. — Le léger œdème péri-papillaire observé chez presque tous les malades me paraît avoir une bien faible valeur pronostique : puisqu'il existe dans les cas où l'acuité visuelle est normale, et d'ailleurs il est souvent difficile d'affirmer la réalité d'une lésion ophtalmoscopique aussi légère.

Le rétrécissement concentrique du champ visuel est plus important par sa fréquence et par la signification qu'on peut lui donner. Il ne peut évidemment être provoqué uniquement par une altération rétinienne limitée au point où s'est produite l'image lumineuse ; cette lésion ne pouvant donner lieu qu'à un scotome de forme semblable, correspondant à la région lésée de la rétine. Le rétrécissement concentrique du champ visuel, compatible avec une assez bonne acuité centrale, est, en dehors des lésions organiques connues de la rétine un symptôme presque pathognomonique de l'hystérie. Il semble indiquer que, dans la la plupart des cas, une grande partie des troubles fonctionnels relèvent comme lui de la névrose traumatique : douleurs oculaires et péri-orbitaires, photophobie, spasmes.

Il eût été intéressant de rechercher quelle est, sur la totalité des ouvriers soumis à un traumatisme lumineux semblable, la proportion sur cent qui présentent des troubles oculaires.

M. Morax. — Il était intéressant de rechercher les caractères de la sécrétion dans la conjonctivite. S'agissait-il d'un état inflammatoire avec exsudation leucocytaire ou d'une simple hyperémie ? La présence du bacille de Weeks dans quelques cas indique nettement qu'il s'agit, dans ces cas-là tout au moins, d'une pure coïncidence entre le sinistre et la conjonctivite aiguë ; car on sait que le bacille de Weeks n'existe pas normalement dans le sac conjonctival et qu'il ne peut s'y développer que par transmission. Quant aux lésions du fond de l'œil, elles me paraissent bien contestables. Il aurait été intéressant de rechercher si chez les ingénieurs ou les employés supérieurs attachés aux services électriques on observe les mêmes accidents que chez les ouvriers.

M. Antonelli. — J'ai eu l'occasion d'observer, ces temps derniers, plusieurs cas d'*ophtalmie électrique*, s'il est permis de la qualifier ainsi, parmi les ouvriers d'une grande Compagnie parisienne d'éclairage et de force motrice. Il s'agissait d'ouvriers ayant été éblouis par l'éclat d'un court circuit, sans fulguration proprement dite. Deux symptômes m'ont paru constants et caractéristiques de l'affection : 1° la conjonctivite, manifestée surtout par l'hyperémie et un léger œdème de la conjonctive bulbaire, sans sécrétion, mais avec beaucoup de larmoiement ; 2° la photophobie assez marquée, et l'asthénopie rétinienne, encore plus marquée, facteur essentiel de la

diminution d'acuité visuelle, ou plutôt d'une grande difficulté d'examen fonctionnel.

Je dois ajouter que chez les sujets n'ayant pas l'air de vouloir simuler, ni d'intérêt à prolonger l'incapacité au travail, tout trouble disparaissait au bout de quelques jours, trois ou quatre, une semaine tout au plus. Les instillations de cocaïne et le port de verres fumés soulageaient beaucoup ces malades.

LIVRES ET THÈSES

ALBERT MONTHUS. — **Contribution à l'étude des rétinites albuminuriques.** (Thèse de Paris, 1902.)

M. Monthus étudie la rétinite albuminurique à un point de vue peu connu de son anatomie pathologique. Nous avons été frappé, dit-il, de l'existence de certains faits cliniques de guérison et nous nous sommes demandé si les examens anatomo-pathologiques ne pourraient pas, dans une certaine mesure, nous en donner l'explication. Ainsi, ce que vise plus particulièrement l'auteur, c'est la recherche des différences anatomo-pathologiques entre les cas suivis de retour de la vision et ceux où la vision a été perdue ou très altérée.

Mais avant d'entrer dans son sujet spécial, M. Monthus ne peut s'empêcher de jeter un coup d'œil rapide sur le pronostic de la rétinite albuminurique.

D'après les diverses statistiques faites à ce point de vue, et compulsées par M. Monthus, il résulte :

Que la mort survient dans près de la moitié des cas au bout d'un an.

Qu'un tiers des malades seulement survivent deux ans après la constatation de la lésion rétinienne.

Nous avons nous-même publié un de ces cas qui tirait son intérêt surtout de ce fait que, en dehors du trouble grave de la vision ou de l'état général, le pronostic nous ayant été demandé par le médecin du malade, nous crûmes pouvoir l'établir très grave et que la mort, en effet, survint fort peu de temps après. (Société médico-chirurgicale, 1899. *La Clique ophtalmologique*, n° 12, 1899, p. 137.)

Mais le pronostic n'est pas le même dans toutes les formes de rétinite albuminurique. L'auteur, sans s'y étendre, parle du pronostic relativement bénin de la rétinite gravidique. A ce propos, il établit deux variétés cliques ;

1° La rétinite gravidique pure qui se montre de préférence chez les primipares et vers la fin de la grossesse ; c'est dans cette forme qu'on peut voir le plus communément les altérations rétiniennes se dissiper après l'accouchement.

2° La rétinite qu'on pouvait appeler *gravido-néphrétique* dans laquelle l'état de grossesse est venu aggraver une altération rénale persistante.

Dans la rétinite gravidique pure les troubles rétiniens apparaissent ordinairement dans les derniers mois de la grossesse.

Dans le second cas, en général, leur apparition sera plus précoce.

Au point de vue de l'accouchement prématuré, M. Monthus formule ainsi les règles de conduite auxquelles peut conduire la constatation de la rétinite gravidique.

Dans tous les cas où l'on peut soupçonner la forme gravido-néphrétique, on fera l'accouchement prématuré dans l'espérance qu'il pourra améliorer le pronostic général et le pronostic rétinien.

Dans la rétinite gravidique pure, deux conduites peuvent être tenues. Dans les formes sévères, on pensera à faire l'accouchement prématuré pour éviter les troubles visuels qui pourraient persister ultérieurement, attendu que la cécité pourra survenir dans un quart des cas. Dans la forme discrète, on pourra temporiser sans inconvénients.

Il ne faudrait d'ailleurs pas s'exagérer la bénignité de la rétinite gravidique. Diverses statistiques donnent encore une moyenne de 25 % de cécité et une altération permanente de la vision dans 50 % environ des autres cas.

Le nombre des cas de rétinite albuminurique susceptible de guérison, surtout en dehors des rétinites gravidiques, est relativement restreint. L'auteur en rapporte quelques cas, dont deux concernent des rétinites gradiviques.

Dans la seconde partie de son travail, M Monthus étudie l'anatomie pathologique de la rétinite albuminurique.

L'anatomie pathologique des rétinites albuminuriques en évolution est depuis longtemps connue, mais, ainsi que je l'ai dit plus haut,

ce qui fait l'originalité de cette thèse, c'est l'étude qu'il a pu faire de deux cas de rétinite guérie, les malades étant morts, peu après, d'une autre maladie que de maladie rénale. (Dans un ces deux cas, il s'agissait d'une rétinite gravidique, et dans l'autre, d'une rétinite albuminurique chez un homme de 32 ans) (Rochon-Duvigneaud, Soc. franc. d'opht. 1902.)

D'une façon générale, voici ce que l'on trouve en fait de lésions dans les rétinites albuminuriques en évolution :

Le névro-épithélium rétinien est relativement épargné. La couche des fibres nerveuses est presque constamment distendue par l'œdème, les fibres nerveuses parfois gonflées. Les cellules ganglionnaires sont souvent tuméfiées et hydropiques. Hémorrhagies plus ou moins diffuses dans ces deux couches.

Dans la couche des grains internes et dans l'assise ganglionnaire plexiforme interne, on observe des cavités kystiques nombreuses plus ou moins étendues, donnant à la rétine un aspect grillagé des plus caractéristiques.

Les lésions périmaculaires sont dues à une exsudation produite le long des fibres de Henle.

Dans le nerf optique, lésions de papillite. Les altérations vasculaires sont diffuses, tant dans les gros vaisseaux (artères et veines centrales) (altérations marastiques) que dans les plus petites artérioles rétiniennes et choroïdiennes. Les lésions consistent dans l'endartérite oblitérante et la dégénérescence hyaline des parois.

Dans les cas de M. Monthus (examen anatomique après guérison), on trouve les particularités suivantes.

Les lésions vasculaires irrégulières prédominent au niveau de la choroïde. Intégrité constante des vaisseaux centraux du nerf optique.

Dans un cas, altérations nerveuses ascendantes, relevant probablement de l'altération des cellules ganglionnaires.

Pas de plaques graisseuses.

Ce qui ressort de ces examens anatomiques, c'est que les lésions qui avaient atteint les artères-rétiniennes pendant la maladie (endartérite, oblitération) ont complètement rétrocédé puisqu'il n'y en a plus de trace après guérison. La rétinite albuminurique n'est donc pas toujours une dégénérescence définitive de la rétine par lésions irrémédiables de ces vaisseaux. M. Rochon-Duvigneaud dans sa communication sur ces deux cas (Soc. fr. d'opht, 1901) a bien établi cette différence. Nous reprocherions volontiers à M. Monthus de ne l'avoir pas suffisamment fait ressortir, de sorte que ceux qui ne connaîtraient par le travail antérieur de M. Rochon-Duvigneaud ne saisiraient pas nettement les différences anatomo-pathologiques entre les cas de rétinite en évolution et les cas de rétinite guérie. Ces constatations sont d'ailleurs de la plus grande importance au point de vue de la thèse de physiologie pathologique que soutient M. Monthus avec Panas et Rochon-Duvigneaud.

Au point de vue de la physiologie pathologique de la rétinite albuminurique, la plupart des auteurs s'accordent à faire jouer le principal rôle aux altérations vasculaires. Weeks divise les rétinites albuminuriques en deux classes, les unes dépendant d'une action toxique, les autres relevant d'une altération vasculaire; les unes caractérisées par de l'œdème, des exsudats blancs, des hémorrhagies tardives ; les autres par des hémorrhagies précoces et secondairement de l'œdème et des taches blanches.

M. Monthus, avec son maître le professeur Panas et Rochon-Davigneaud, admet que l'image ophtalmoscopique de la rétinite albuminurique est d'abord fonction de l'intoxation. Les hémorrhagies constituent un phénomène accessoire, elles peuvent être en effet fonction de l'altération vasculaire.ou peuvent se faire par simple transsudation à travers les vaisseaux.

Nous croyons, nous aussi, qu'il faut faire jouer un rôle très important à l'action directe des toxines rénales sur les éléments rétiniens et qu'il est très logique d'admettre une action consécutive sur les vaisseaux, comme elle est primitive ou première en date sur les éléments rétiniens si sensibles. Nous ne saurions trouver de meilleure preuve de cette intoxication des éléments nerveux que les cas d'amaurose sans lésion ophtalmoscopique que les anciens auteurs connaissaient bien et qu'ils ont désignée sous le nom d'amaurose urémique. Nous avons nous-même publié un cas de ce genre où les lésions ophtalmoscopiques ne ne sont montrées qu'après les troubles visuels. (*Bulletin de la Société médico-chirurg.* de Paris, 1898. p. 360).

M. Monthus, au nombre des complications de la rétinite albuminurique, signale le glaucome, dont nous avons nous-même relaté plusieurs cas (*La Clinique opht.*, 1898, n° 6, p. 166, et 1900 n 14, p. 191.

R. J.

E. Hegg. — **Cartons stéréoscopiques pour strabiques** (2e édition, A Franke, éditeur Berne, prix 3 fr. 80.)

Il est incontestable que le rétablissement de la vision binoculaire est de la plus grande importance pour la guérison du strabisme soit avant, soit après l'opération.

Pour cela, la vision stéréoscopique, qui sollicite et nécessite l'emploi de deux yeux, constitue le meilleur moyen d'exercice.

Nous avions déjà les images de Javal qui rendent les plus grands services. C'est d'ailleurs le remarquable ouvrage de Javal, dit l'auteur, qui lui a donné l'idée d'écrire cet opuscule et qui l'a beaucoup aidé à lui donner un arrangement et une forme systématique. Mais il lui a semblé que les images de Javal présentent quelques désavantages « les uns de nature plutôt externe, les autres de nature plutôt interne. »

Voici, suivant l'auteur, les conditions que l'on doit exiger d'images stéréoscopiques pour loucheurs.

1° Ces images ne doivent pas être ennuyeuses.

2° Il faut que l'usage permette une entente facile entre le malade et le médecin.

3° On doit pouvoir faire un contrôle facile et très exact des données du patient.

4° Il est nécessaire que le sujet de chaque image donne au patient l'occasion de fusionner.

5° Il faut attacher une grande importance à un avancement progressif, autant en vue du mouvement coordonné des yeux voulu que de la qualité et de la valeur physiologique de chaque image.

Il existe des collections d'images stéréoscopiques pour loucheurs, mais avec leurs deux sujets complètement différents, elles excitent seulement la vision simultanée deux yeux, tandis que les images de Hegg ont en plus l'avantage essentiel d'exciter à la fusion par l'adjonction d'un même sujet double qui doit se confondre en un seul.

Depuis longtemps, nous faisions usage de la 1re édition de ces cartons stéréoscopiques.

Dans la nouvelle édition, nous trouvons quelques changements concernant surtout la modification des images pour avantager l'œil le plus mauvais, de même pour faciliter aux enfants l'intelligence des images et pour faciliter le contrôle à l'examinateur.

Ces cartons stéréoscopiques sont en tous point recommandables. R. J.

Dr Savage « **Ophtalmic Myology** ». (Traité systématique sur les muscles de l'œil. 1902.)

Ce volume commence par une exposition des principes qui expliquent les mouvements des yeux. Il faut, pour bien comprendre l'auteur, être au courant des termes spéciaux employés en Amérique et en Angleterre et qui n'ont pas encore pénétré en France, ni en Allemagne.

Un œil en position ou fixation normale est dit en *orthophorie* ; au cas contraire, il est en *hétérophorie* ; cette dernière catégorie comprend 4 positions anormales de l'œil. Suivant qu'il y a légère déviation en dedans, en dehors, en haut, ou en bas, on dira qu'il y a *ésophorie*, *exophorie*, *hyperphorie* ou *kataphorie*. Quand il y a insuffisance des mouvements de rotation des globes oculaires il y a *cyclophorie*.

Pour mesurer ces défauts de motilité oculaire, on a inventé les phoromètres de Stevens de Wilson, la règle de Maddox, sans compter les torsionomètres, les cliniomètres et les cyclophoromètres.

Quand il y a une simple insuffisance de certains mouvements sans strabisme, Savage dit qu'il y a « orthophorie asthénique. » Ces insuffisances musculaires peuvent, d'après cet auteur être la cause de céphalalgies, de vertiges, de nausées, d'inaptitude au travail, de chorée, d'épilepsie, d'hystérie de catalepsie, etc... (Quelle est la cause et quel est l'effet ?)

Au point de vue thérapeutique, Savage, à part les cas qui nécessitent une intervention chirurgicale, recommande une sorte de « gymnastique rythmique » pour renforcer les muscles trop faibles ; il n'est pas jusqu'au muscle sphincter de l'iris auquel il n'applique sa gymnastique rythmique par l'action d'alternances plus ou moins rapides de lumière et d'obscurité sur l'œil à iris paresseux.

Étude sur la conjonctivite granuleuse, par le Dr A. J. Garabédian. (*Thèse de Lyon*, 1902.)

M. Garabédian vient, dans une excellente thèse, de reprendre dans une étude d'ensemble les questions ayant trait à la conjonctivite granuleuse. L'auteur était d'autant mieux préparé à ce travail que, d'origine égyptienne, il avait vécu lui-même longuement au milieu de granuleux et depuis plus de dix ans il avait essayé presque tous les traitements usités ou recommandés.

Deux chapitres méritent plus particulièrement l'attention, celui de l'historique très intéressant et très documenté, et celui du traitement proprement dit. C'est au sulfate de cuivre, au vieux crayon bleu, que l'auteur donne en définitive toutes ses préférences d'accord en cela avec son maître le professeur Gayet.

Voici du reste les conclusions du travail de M. Garabédian.

1° L'histoire de la conjonctivite granuleuse est vieille comme l'Egypte ; son existence dans ce pays à l'état endémique est prouvée par des citations qui remontent à plus de quatre mille ans. Son apparition en Europe date de l'antiquité : en remontant le cours de l'histoire, jusqu'à Hippocrate, on trouve de temps en temps, dans la série des auteurs grecs et latins, quelques renseignements qui semblent avoir trait à une affection de la même espèce, et caractérisée par des saillies granuleuses. Les troupes françaises et anglaises l'ont rapportée en 1800 et l'ont propagée à toutes les armées européennes ; des soldats, l'affection passa dans l'élément civil d'où elle ne put être extirpée.

2° Les symptômes cliniques varient suivant les périodes ; au début, les saillies granuleuses, plus tard les bandes cicatricielles qui les remplacent, constituent deux symptômes pathognomoniques d'égale valeur. C'est une affection à très longue évolution, et les granuleux passent par de nombreuses péripéties ; ils sont sujets à des périodes d'exacerbation et de calme absolu ; ces états peuvent se succéder, disparaître et revenir, d'où physionomie différente du mal chez le même sujet, suivant qu'on l'examine dans un moment de calme ou d'orage. C'est donc une affection protéiforme.

3° La lésion anatomique caractéristique de la conjonctivite granuleuse est constituée par la granulation, qui siège dans la couche adénoïde de la conjonctive fortement infiltrée de globules blancs, immédiatement au-dessous de l'épithélium qu'elle repousse en avant. Les glandes de nouvelle formation, signalées par Ivanoff et Berlin, ne paraissent pas être pathognomoniques du processus granuleux.

4° La conjonctivite granuleuse est essentiellement contagieuse.

La contagion se fait le plus souvent par contact direct d'homme à homme, par contact indirect, au moyen des linges, des mouches, des monnaies et même au moyen des poussières, d'où, parfois, allure épidémique de l'affection.

5° Aux moyens chirurgicaux, le plus souvent dangereux, nous préférons les cautérisations au sulfate de cuivre, que nous considérons comme l'agent spécifique du trachome ; les massages de la conjonctive avec un mélange d'acide borique et de sucre pulvérisé ; le nitrate d'argent en solution de 1 à 2% dans les formes suppuratives.

6° L'influence immunisante et curative de l'altitude nous paraissant indiscutable, le séjour prolongé dans un climat d'altitude nous paraît tout indiqué. A. Jacqueau.

AVIS

Pour favoriser la généralisation de l'emploi de l'*Acoïne* si utile pour rendre indolores les injections sous-cutanées et sous-conjonctivales, la maison von Heyden a décidé d'abaisser le prix de ce précieux anesthésique de **5** fr. à **2** fr. **50** le gramme.

Dépôt chez Barberon, *place des Vosges*, 15, *Paris, et dans toutes pharmacies.*